

Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?



Kommentar og debatt

Den nevrobiologiske forståelsesmodellen i psykiatri har fått mye oppmerksomhet i lys av store fremskritt i nevrovitenskapene de siste årene. Psykiatri har over lang tid lidd under mangelen på et enhetlig forklaringsparadigme. Vi mener at tiden er inne til å hevde nevrobiologi som grunnlag for alle psykiatriske forståelsesmodeller. Med bevissthet omkring svakhetene med en slik modell, problematiserer vi effektene av varierende modeller og trender. Særsilt tar vi opp betydningen for psykiatriens troverdighet, utdanningen og rekrutteringen av leger samt stillingsstrukturen i psykiatri.

Vi argumenterer for at de positive effektene av en nevrobiologisk grunnmodell er så åpnbare at vi konklusivt anbefaler full integrasjon av nevrobiologi i de andre psykiatriske forståelsesmodellene.

Psykiatrien står i en særstilling blant medisinske spesialiteter fordi flere forskjellige teorier og forståelsesmodeller eksisterer side om side. Tyrer & Steinberg (1) har systematisert ulike modeller og fremhevet deres sterke og svake sider. Den *nevrobiologiske* modellen er kjennetegnet ved at forstyrrelser i biologiske prosesser i hjernen blir sett på som sentrale for utviklingen av psykopatologiske forhold. Nevrobiologi knyttes ofte opp til tradisjonell medisinsk-somatisk tenkemåte. Store fremskritt i nevrovitenskap, molekylær genetik og bildeteknikker har gjort at nevrobiologi har fått mye oppmerksomhet i de senere år. Nevrobiologisk behandling er tradisjonelt somatisk med medisiner og elektrostimulering.

Den *psykoterapeutiske* modellen hevder at uheldig samspill med nøkkelpersonene i barndommen påvirker psykologiske utviklingssekvenser slik at psykopatologi oppstår. Vi kan skille ut to hovedmodeller. Den *psykodynamiske* modellen hevder at konflikter og utviklingssvikt i barndommen er sentralt for utvikling av psykopatologiske forhold. Av dette følger at dynamisk psykoterapi med bearbeiding av overførings- og motoverføringsmønstre i et emosjonelt ladet forhold mellom terapeut og pasient, er den behandlingsmetoden som kan bearbeide den psykopatologi som har oppstått på denne måten.

Petter Andreas Ringen
andreas.ringen@lege.mdnlf.no
Alv A. Dahl
a.a.dahl@psykiatri.uio.no
Klinikk for psykiatri
Aker universitetssykehus
0320 Oslo

Den *læringsteoretiske* modellen deles ofte i *atferdsterapi* med påvirkning av ytre atferd, og *kognitiv terapi* med påvirkning av indre, automatiske tanker. Feilaktig innlærte atferds- og tankemønstre er sentralt for utviklingen av psykopatologi i denne modellen. Ofte kombineres modellene i kognitiv atferdsterapi. Behandling dreier seg om ulike former alternativer tanker og forsterkninger gitt av en aktiv terapeut, fulgt opp med pasientens egne praktiske øvelser, oftest eksponering.

Den *sosiale* modellen anser at ulikheter i sosiale levekår og samfunnsforhold, ikke minst gjennom hvordan de påvirker barnefamiliens levekår, er de vesentlige faktorene for utvikling av psykopatologi. Nettverksbygging, sosial integrasjon og levekår i lokal- og storsamfunnet er avgjørende både for forebygging og behandling av tilstandene. I *familieterapi* legger man vekt på familien som et system med subsystemer. Behandling er oftest målrettet i forhold til et identifisert problem, der man søker å gjennomføre enkeltendringer som igjen på en uspesifikk måte skal gi endring til hele systemet. I de andre kliniske medisinske spesialitetene knyttes symptomer og funn systematisk til somatiske sykdomsprosesser på en oftest teoretisk ukontroversiell måte. Slik er det altså ikke i psykiatrien. Blant fagfolk har de ulike modellene sine varme tilhengere og arge motstandere, som gjensidig har støttet og bekjempet hverandre. Mange har på en eklektisk måte integrert modellene etter behov. Andre har polarisert med ensidighet og fiendtlig holdning til alternativene, og handlet mer ut fra en ideologisk overbevisning enn fra dokumentert kunnskap.

Hvilke modeller som representerer effektiv behandling og problemene med måling av effekt, har nylig vært debattert i Tidsskriftet. Reichborn-Kjennerud & Falkum (2) argumenterte for empiri som grunnlag for behandlingsmetodene. De hevdet også at

manglende kvalitetskontroll av behandlingen var utetisk.

I psykiatri er forholdet mellom profesjonene annerledes enn i somatikken, og andre yrkesgrupper har trengt seg inn på legenes gamle enemerker innen diagnostikk og behandling. Man kan få inntrykk av klare sammenhenger mellom modeller, profesjoner og interessegrupper. Den nevrobiologiske modellen er særlig utbredt blant leger, og den støttes av farmasøytisk industri, som selger psykofarmaka og tar legene med til kongresser med nevrobiologisk profil.

Den psykoterapeutiske modellen har stått sterkest blant psykologer, og det har vært strid om behandlingseffekter skal dokumenteres på samme naivt positivistiske måte som i medikamentforsøkene. Både metodiske og finansielle problemer har gitt psykoterapiforskningen trangere kår enn medikamentutprøving.

Den sosiale modellen har særlig støtte blant profesjoner med en samfunnsvitenskapelig og sosialfaglig bakgrunn. I Norge har offentlig myndighet vært en viktig økonomisk støttespiller for utprøving av psykososiale tiltak, og det synes som om mange pasient/bruker-organisasjoner støtter seg til denne modellen. Implementeringen av forskningen om ulike sosiale intervensjoner i praktiske tiltak har imidlertid budt på problemer (3). Et overraskende forhold i Norge er at de psykiatriske sykepleierne generelt ikke støtter den nevrobiologiske modellen, men enten holder seg til den sosialpsykiatriske eller til sin egen humanistiske modell med vekt på kvalitativ forskningstradisjon med kritisk holdning til nevrobiologi (4, 5).

Med så mange supplerende og konkurrerende modeller synes vi at det er viktig å ha et metaperspektiv på psykiatrien og fagets utvikling som helhet. Eisenberg (6, 7) benytter et slikt perspektiv når han spør om psykiatrien står i fare for å gå fra «brainlessness» til «mindlessness» i løpet av et par tiår. Samtidig som han kritiserer psykiaternes manglende interesse for dokumentasjon av behandlingseffekter, påpeker han også farene med en psykiatri som blir så nevrobiologisk orientert at perspektivet på sjelen, mennesket og den humane konteksten tapes av scene.

Trender i psykiatrien?

At alternative forståelsesmodeller eksisterer uten en generell teoretisk overbygning som referanse, tillater trender eller popularitetsvingninger i faget. Moncrieff & Crawford analyserte innholdet i *British Journal of Psychiatry* over tid (8). De fant at andelen stoff med nevropsykiatrisk vinkling hadde holdt seg konstant høy gjennom hele forrige århundre, og at det dermed var vanskelig å registrere en sikker økt aktualitet av denne modellen. Forfatterne angir også flere metodologiske utfordringer med slike undersøkelser. Vi har likevel tillatt oss å se på innholdet i noen kilder for kunnskapsspredning

Tabell 1 Profesjoner og modeller

Profesjon	Nevrobiologi	Psykoterapi	Sosiale forhold
Psykiater	+++	++	+
Klinisk psykolog	++	+++	+
Psykiatrisk sykepleier	+	+	+
Sosionom	0	+	++

i det psykiatriske miljø. Vi gjennomgikk Kaplan & Sadocks store amerikanske lærebok i psykiatri (9) samt de to tidsskriftene *British Journal of Psychiatry* (10) og *Nordic Journal of Psychiatry* (11) i perioden 1980–2000 for å se om vi kunne oppdage trendsvingninger.

I den amerikanske læreboken fikk vi en klar bekreftelse på at interessen for nevrobiologi har økt i løpet av de siste 20 årene. Det er nærliggende å tro at redaktørene for et standardverk med høy prestisje vil være lydhøre for trender i ledende fagmiljøer. Amerikansk psykiatri har beveget seg fra en psykodynamisk til en nevrobiologisk modell på ganske kort tid.

Tolkingen av endringer i tidsskriftenes innhold er vi mer usikre på. Skifte av redaksjoner og endringer i kvaliteten på forskning fra ulike felter kan gi liten stabilitet over tid. Samtidig tror vi at generelle tidsskrifter avspeiler hva klinikere og forskere er opptatt av. Nevrobiologi har i hele tidsperioden hatt en høy andel i *British Journal of Psychiatry*, og man kan hevde at amerikanerne i den aktuelle perioden bare nådde opp til dette nivået. I dette tidsskriftet synes andelen psykoterapi å øke, noe som kan skyldes økt kvalitet på slik forskning, mens den amerikanske læreboken gir mindre plass for psykoterapi i samme tidsrom.

I *Nordic Journal of Psychiatry* er stoffmengden om nevrobiologi ganske stabil i perioden, mens andelen sosialpsykiatri ser ut til å øke, mens andelen artikler om psykoterapi reduseres.

Konsekvenser av trender og modeller

Forsøk på dokumentasjon viser altså innbyrdes svingninger mellom ulike psykiatriske modeller over relativt korte tidsperioder. Den nevrobiologiske modellen står sterkt i Europa, og den har på kort tid befestet sin stilling i USA. Dette har etter vår mening en rekke viktige konsekvenser, men vi skal her bare sette søkelys på tre av dem: troverdighet, psykiaterutdanning og utbygging av stillinger. I tillegg skal vi gi noen synspunkter på fremveksten av den nevrobiologiske modellen.

Troverdighet

Et sentralt spørsmål er hvilken tillit allmennheten, pasienter/brukere og bevilgende myndigheter kan ha til en psykiatri som er så trendpreget at den markert endrer modeller

og synspunkter over kort tid? Er det slik at forskjellige profesjoner vil kunne gi svært innbyrdes avvikende svar på samme problemstilling, og at man kan finne støtte for nærmest enhver modell, alt etter hvem som konsulteres? Et ferskt eksempel er at Norsk psykologforening har gitt ut sin egen veiledning om forståelse og behandling av stemningslidelser (12), som supplement til den psykiaterinspirerte veiledningen om samme tema utgitt av Statens helsetilsyn (13). Med en slik sprik og splid er det nærliggende for politikere og helsebyråkrater å tillegge faglige råd fra psykiatrien begrenset verdi.

Trendene kan lett føre til at psykiatrien i lang tid vil slite med et betydelig troverdighetsproblem. Man kan selvfølgelig hevde at nye metoder og forskningsfunn gjør endringene naturlige. På den annen side synes endringene å ha karakter av trender der fagfolk beveger seg i flokk, uten noe solid evidensbasert fundament.

Psykiaterutdanningen

Mange snakker om problemer med identiteten som psykiater. Som lege kan man stille seg spørsmålet: Hva kan jeg tilføre dette faget utover det som de andre yrkesgruppene kan? Ferske assistenter kan ofte mindre psykiatri enn (erfarne) miljøterapeuter. Som leger har vi en generell modellplattform som i hovedsak er biologisk-empirisk. Det er lett å føle seg fremmed i en verden hvor samarbeidende profesjoner legger andre modeller til grunn for virksomheten. Leger har i løpet av studiet fått relativt lite innblikk i psykologi, sosialvitenskap eller hermeneutiske tradisjoner. Dermed blir ofte den biologiske behandlingen/medisineringen legenes hovedoppgave i den kliniske hverdagen.

I en tid hvor nevrobiologisk forskning har gjort store fremskritt, er det for øvrig paradoksalt hvor lite undervisning om forholdet mellom nevrobiologi og sinn som gis under spesialistutdanningen. Etter vår mening er det sentralt at utdanningskandidatene får solid kunnskap om dette samspillet. Dette fordi legen i kraft av sin utdanning og rolle bør være den åpenbart mest kompetente på nevrobiologiske forhold. At utdanningen er god nok på dette området, fortjener både pasientene, de andre profesjonene og legene selv.

Rekrutteringen av leger til psykiatri har i flere år vært for liten. Om man ser psykiatri som et fag uten klar forankring i empiri, med

få veldokumenterte årsakssammenhenger, behandlingsformer med svakt dokumenterte effekter, en stor andel kronisk syke pasienter, uklare ansvars- og ledelsesforhold og med betydelige profesjonsmotsetninger, får ikke faget prioritering når legene velger sin spesialisering. En norsk undersøkelse viste at psykiatri stod lavt i prestisje hos leger sammenliknet med andre spesialiteter og/eller sykdomsgrupper (14). Avklaring av legens spesifikke rolle og oppgaver er sannsynligvis avgjørende for bedret søkning til faget.

Organisering

Stortingsmeldingen Åpenhet og helhet (15) var etter vårt syn dominert av en sosial modell, og nevrobiologiske synspunkter var nærmest fraværende. Det betyr at opptrappingsplanen for psykiatri, som var den organisatoriske og økonomiske konsekvensen av stortingsmeldingen, bygger på de samme forutsetningene. Det er omsorgsboliger, støttekontakter, aktivisering og kulturelle tiltak for langtidspasientene i kommunene som får storparten av midlene. Oppbygning av nevrobiologisk og psykoterapeutisk kompetanse er lavere prioritert.

Den samme prioriteringsdebatten kan reises i forhold til den psykiatriske stillingsstrukturen i spesialisthelsetjenesten. Er det antallet fagpersoner man kan skaffe innenfor et lønnsbudsjett som er det vesentlige, eller bør man også ta hensyn til den kompetansen profesjonene kan tilføre i forhold til de psykiatriske modellene? I tabell 1 har vi satt opp en tentativ sammenheng mellom profesjoner og modellkompetanse. Skal langtidspasientene i hovedsak tilbys godt tilsyn med ADL-funksjoner, eller er det vel så viktig med kompetanse på medikamentell behandling eller støttepsykoterapi?

Den stillingsstrukturen som velges innenfor lønnsbudsjettet, har sterke føringer for både forståelsesmodeller og behandlingstilbud.

Synspunkter på nevrobiologi

Det skulle være åpenbart at alle mentale funksjoner har fysiske (biologiske) korrelater i hjernen. Den tradisjonelle kartesiansk-dualistiske verdensanskuelsen, der sjel og legeme ble oppfattet som to atskilte forhold, er foreldet. De hjerneforskere som av overbevisningsgrunner holder på forestillingen om en sjel, vil sannsynligvis være enige i at «grensesnittet» vil være hjernens nevroner (16, 17).

En slik erkjennelse (av hjernen som sinnets substrat) innebærer at alle forklaringsmodeller om psykopatologi må ha et ledd om nevrobiologi for å være fullstendige. Ingen psykiatrisk forståelsesmodell kan lenger se bort fra nevrobiologi som grunnlagsteori.

Eisenbergs advarsel (6) om å miste den menneskelige kontekst ved en ensidig biologisk eller empirisk tilnærming, er nevnt. Slik blant annet Silove påpeker (18) kan skadene ved overdreven biologisk reduksjonisme i

møte med psykiatriske pasienter være betydelige.

Ved å akseptere at nevrobiologiske prosesser spiller en rolle ved all psykopatologi, er det en fare for at andre forståelsesmodeller som opererer på et annet nivå, devalueres. Erkjennelsen av at mentale prosesser har nevro-biologiske korrelater, behøver ikke å ta forklaringsstyrke fra modeller uten biologisk forankring. I verste fall kan disse modellene ufortjent slås ut med badevannet. Modeller med svak nevrobiologisk forankring vil være viktige i lang tid fremover.

Uansett er det i dag umulig for nevrovitenskap å gi en fullstendig forklaring og oppskrift for klinisk psykiatri. Det må også de mest hardkokte positivistisk-biologisk orienterte innrømme, selv om noen av dem kan påstå at dette ideelt sett bare er et tids-spørsmål.

Brendel (19) representerer et eklektisk standpunkt der det hevdes at et pragmatisk *forklaringsmangfold* (explanatory pluralisme) i psykiatrien vil være det beste for pasientene. En slik tilnærming kan være svært anvendelig og effektiv på kort sikt, men representerer en forklaringsrelativisme som ikke løser problemene med multiple modeller. Mundt & Spitzer (20) argumenterer for at empirisk vitenskap og fortolkende hermeneutikk ikke representerer ulike verdener, men er alternative tilnærminger til den samme virkelighet der det ikke er noe skille mellom sjel og legeme. Dette synes mer i overensstemmelse med Engels *biopsykososiale* modell fra 1980 (21), der nettopp eksistensen av et kontinuum fra subatomære partikler via levende organisme til samfunn fremholdes. Den biopsykososiale modellen gav inspirasjon til helhetstenkning rundt pasientarbeid og fikk stor popularitet. Etter vårt syn er det store faret med å lande på en enten-eller-holdning i spørsmålet om et empirisk eller et hermeneutisk syn på faget. Et markert filosofisk/ideologisk skille mellom dagens psykiatere vil være svært uheldig, etter vår mening.

Eric Kandel, nobelprisvinner i medisin i 2000, har i en serie artikler (22–24) lansert et «nytt intellektuelt rammeverk» for psykiatri. Budskapet i disse artiklene er klart: Psykiatrien må forsones seg med biologien og erkjenne at sjel er hjerne. Kandel konkluderer med at psykoanalysen bare kan oppnå den lenge etterlengtede vitenskapelige anerkjennelsen ved å definere sitt grunnlag som biologi. Han minner om funnene som viser at effektive verbale intervensjoner forårsaker nevronale endringer hos pasientene. Han foreslår åtte forskningsområder der et samarbeid mellom nevrobiologi og psykoanalyse kan være fruktbart (24). Man savner foreløpig tilsvarende innspill for den sosiale modellen.

For oss synes slike integrerende synspunkter å være det eneste naturlige svaret på den nevrobiologiske utfordringen. Man kan på den måten dra fordelene av en klar og en-

hetlig vitenskapelig basis. Dette har stor betydning i forhold til fagets troverdighet og tyngde utad. Integrasjon vil kunne gi en felles plattform for alle psykiatriske modeller og bidra til vesentlig fagutvikling. Legenes rolle vil bli tydeligere, og effekten på rekrutteringen til faget kan være positiv. Dette synes innebærer at alle profesjoner i psykiatrien må tenke integrerende, noe som må få konsekvenser for alle profesjonsutdanningene. Pasientene får dermed også garanti for optimal behandling uavhengig av hvilket fagmiljø de kommer til.

Konklusjon

Den nye kunnskapen om hjernen synes å presse psykiatrifaget tilbake mot den biologisk-medisinske folden. Dette vil i så fall være som «den tapte sønns» hjemkomst, jf. Freuds utsagn i 1920 (25): «Manglene i vår beskrivelse vil antagelig forsvinne hvis vi var i en stilling hvor vi kunne erstatte de psykologiske termene med fysiologiske eller kjemiske termer (...) Vi kan forvente fysiologi og kjemi å gi oss den mest overraskende informasjon, og vi kan ikke glette hvilke svar de vil gi oss tilbake etter noen dusin år med spørsmål. Svarene kan være av en natur som vil blåse vekk hele vår kunstige hypotesestruktur.»

Ved å integrere nevrobiologi mener vi at alle de psykiatriske forståelsesmodellene vil styrke sin egen sak.

Den største utfordringen fremover vil være å unngå ensidighet ut fra at psykiatrifaget rotfestes i nevrobiologi. Den lange psykodynamiske tradisjonen vi har, må ikke kastes på båten, men søkes integrert med nevrobiologi. Etter vår mening bør «metapsykiatri» som er læren om de grunnleggende sammenhenger i psykiatri (26), være tema i alle psykiatriske profesjonsutdanninger.

Litteratur

1. Tyrer PJ, Steinberg D. Models for mental disorder: conceptual models in psychiatry. 3. utg. Chichester: Wiley, 1998.
2. Reichborn-Kjennerud T, Falkum E. Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1148–52.
3. Fenton WS. Community interventions. Curr Opin Psychiatry 2000; 13: 189–94.
4. Liaschenko J. Changing paradigms within psychiatry: implications for nursing research. Arch Psychiat Nurs 1989; 3: 153–8.
5. Nerheim H. Vitenskap og kommunikasjon. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
6. Eisenberg L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. Br J Psychiatry 1986; 148: 497–508.
7. Eisenberg L. Is psychiatry more mindful or brainier than it was a decade ago? Br J Psychiatry 1999; 176: 1–5.
8. Moncrieff J, Crawford MJ. British psychiatry in the 20th century – observations from a psychiatric journal. Soc Sci Med 2001; 53: 349–56.
9. Kaplan BJ, Sadock VA, red. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 3–8. utg. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1980–2000. →

10. British Journal of Psychiatry. Årganger 1980, 1990 og 2000.
11. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift. Årganger 1980, 1990 og 2000.
12. Veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser. Oslo: Norsk psykologforening, 2002.
13. Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Oslo: Statens helse-tilsyn, 2000.
14. Albus D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127–33.
15. St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
16. Popper K, Eccles JC. The self and its brain. Berlin: Springer, 1977.
17. Beck F, Eccles JC. Quantum aspects of brain activity and the role of consciousness. Proc Natl Acad Sci 1992; 89: 11357–61.
18. Silove D. Biologism in psychiatry. Austr NZ J Psychiatry 1990; 24: 461–3.
19. Brendel DH. Philosophy of mind in the clinic: the relation between causal and meaningful explanations in psychiatry. Harv Rev Psychiatry 2000; 4: 184–91.
20. Mundt C, Spitzer M. History of philosophy mind and mental disorder. Curr Opin Psychiatry 1993; 6: 704–8.
21. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137: 535–44.
22. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 1999; 156: 505–24.
23. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998; 155: 457–69.
24. Cowan MW, Harter DH, Kandel ER. The emergence of modern neuroscience: some implications for neurology and psychiatry. Ann Rev Neurosci 2000; 23: 342–91.
25. Freud S. Beyond the pleasure principle. Collected works vol XVIII. London: Hogarth Press, 1920.
26. Rosenberg R. Some themes from the philosophy of psychiatry: a short review. Acta Psychiatr Scand 1991; 84: 408–12.

○